

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы врачам акушерам-гинекологами все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при ее сочетании с миомой матки. Это связано с тем, что из года в год женщин фертильного возраста, страдающих опухолями матки, становится все больше. Течение беременности, акушерская тактика и методы родоразрешения при этом имеют свои особенности. Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Прежде всего это касается решения вопросов о необходимости, возможности и условиях миомэктомии во время гестации [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить особенности течения гестации и определить тактику ведения беременных с миомой матки.

Под нашим наблюдением находились 53 беременные с миомой матки. У 23 женщин беременность закончилась самопроизвольными родами, 20 произведено кесарево сечение, 10 женщин, имеющих в анамнезе миомэктомию.

Все беременные в разные сроки гестации наблюдались в отделении патологии беременных и были родоразрешены в УЗ «ГОКПЦ». В возрасте от 20 до 29 лет было 12 (22,6%) женщин, от 30 до 39 лет - 32 (60,4%) и 9 (17%) беременных были старше 40 лет. Таким образом, возраст 77,4% женщин превышал 30 лет, 30 (56,6%) беременным предстояли первые роды. У 34 пациенток миома матки была обнаружена еще до беременности и только у 19 - в ранние сроки гестации. Кроме миомы матки, 6 (11,3%) пациенток страдали аденомиозом, у 8 (15,1%) было бесплодие, у 7 (13,2%) - дисфункция яичников. Из экстрагенигальных заболеваний у 5 (9,4%) женщин была миопия, у 6 (11,3%) гипертоническая болезнь, у 4 (7,6%) - увеличение щитовидной железы, у двух - пролапс митрального клапана.

При осмотре пациенток с миомой матки обращали внимание на следующие особенности: локализацию миоматозных узлов, их

структуру, расположение плаценты, тонус и возбудимость миометрия. У 6 беременных при первом осмотре была обнаружена перешеечная миома матки, но размеры опухоли были небольшими и не препятствовали развитию беременности. У 13 женщин узлы были субсерозно-интерстициальными (от 8 до 15 см в диаметре), располагались в дне или в теле матки, нарушения питания в узлах не отмечено, и беременность была пролонгирована до срока доношенной. У 31 пациентки миома матки была множественной, миоматозные узлы были небольших размеров, преимущественно субсерозно-интрастициальными. У 3 беременных обнаружен центростремительный рост миомы, но плодное яйцо было имплантировано на противоположной стенке матки, и беременность также удалось пролонгировать до срока, при котором плод становился жизнеспособным.

Учитывая неблагоприятное влияние миомы матки на состояние фетоплацентарного кровотока, особенно при локализации плаценты в области миоматозного узла, проводили терапию, направленную на его улучшение, а также профилактику внутриутробной гипоксии плода (согласно клиническим протоколам).

При сроке 36-37 нед. гестации 10 беременных были госпитализированы на родоразрешение. В случае доношенной беременности произведено кесарево сечение. Извлечены новорожденные с высокой оценкой по шкале Апгар (8 и 9 баллов) массой 2950-3800 г. При вскрытии брюшной полости только у трех женщин обнаружен незначительный спаечный процесс в брюшной полости. Рубцы на матке после миомэктомии практически не визуализировались. Продолжительность кесарева сечения составила до 60-85 мин.; кровопотеря во время операции от 620-880 мл. Кесаревым сечением завершена беременность, сочетающаяся с миомой матки, еще у 20 пациенток. Локализация опухоли была разной: в теле матки или нижнем сегменте располагались субсерозно-интерстициальные узлы небольших размеров (меньше 9 см в диаметре): субсерозно-интерстициальные узлы больших размеров были расположены преимущественно в дне матки, а также в ее теле, но на значительном расстоянии от нижнего сегмента. В обоих случаях наличие опухоли не препятствовало пролонгированию беременности и необходимости в оперативном лечении до срока родов не было. Срок гестации перед родоразрешением –

38-40 нед. Лишь в одном случае у возрастной первородящей с длительным бесплодием в анамнезе, с ФПН в связи с локализацией плаценты в зоне интерстициального миоматозного узла больших размеров (16 см в диаметре) кесарево сечение произведено в 35-36 нед. беременности. Извлечен новорожденный массой 2050 г с оценкой по шкале Алгар 5 и 7 баллов на 1-й и 5-й минутах, соответственно.

У 13 (65,0%) беременных кесарево сечение было плановым. Показаниями к операции у 6 женщин было перешеечное расположение миоматозного узла, препятствующего продвижению головки плода по родовому каналу; у 4 - быстрый рост опухоли в конце беременности с признаками нарушения питания; у 10 женщины показания к кесареву сечению были сочетанными: тазовое предлежание плода, возраст первородящей, длительное бесплодие в анамнезе, неготовность шейки матки к родам, ФПН, миопия высокой степени. У 5 рожениц объем операции был расширен: 4 женщинам произведена миомэктомия и одной - экстирпация матки. Извлечены в удовлетворительном состоянии 19 (95,0%) детей (оценка состояния по шкале Алгар - 8 и 9 баллов на 1-й и 5-й минутах, соответственно), 1 (5,0%) - в состоянии гипоксии средней степени тяжести. Масса новорожденных была 2670-4090 г. Течение послеоперационного периода у 28 женщин было неосложненным, у двух с миомэктомией во время кесарева сечения отмечена субинволюция матки.

Беременность в сочетании с миомой матки у 23 женщин закончилась самопроизвольными родами. Миоматозные узлы, как правило, имели небольшие размеры, располагались в теле матки, не препятствуя самопроизвольному рождению плода. У всех беременных после 38 недель гестации начиналась подготовка к родам. Роды у 10 (43,5%) женщин осложнились преждевременным излитием вод, у 1 (4,3%) - кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах. Средняя продолжительность родов составила 10423 ± 68 мин., безводного промежутка - 15 ч 15 мин. ± 1 ч 32 мин. В удовлетворительном состоянии родились 16 (69,6%) детей, 6 (26,1%) в состоянии легкой гипоксии и один новорожденный - с гипоксией средней степени тяжести. Масса новорожденных колебалась от 2000 до 4050 г. У одного масса превышала

4000 г. У всех родильниц течение послеродового периода было неосложненным.

Таким образом, возрастающая частота миомы матки у женщин репродуктивного возраста, требует совершенствования тактики прегравидарной подготовки, ведения беременности и родоразрешения, а миомэктомия на этапе планирования беременности, особенно у женщин, возможно, с последней и единственной возможностью иметь ребенка, является методом, позволяющим реализовать эту возможность.

Литература:

1. Горбунова, Т. Н. Акушерская и хирургическая тактика при миоме матки. / Т. Н. Горбунова // Дисс. . канд. мед. наук. М., 2004. — 120 с.
2. Коротких, И. Н. Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии / И. Н. Коротких, И. Ю. Кураносова // Журн. теор. и практ. медицины. 2007. - Т. 5, № 1. - С. 38-40.
3. Краснопольский, В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки. / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова, С. Н. Буянова /-М., 2005. 160 с.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАННИХ ГЕСТОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

***Кучук Д. О., Гутикова Л. В., Биркос В. А., Сазонов А. В.,
Юркевич С. В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.
Гродно»*

Актуальность проблемы. Ранний гестоз беременных – симптомокомплекс, характеризующийся большой вариабельностью симптомов, из которых преобладают утренняя слабость, головокружение, умеренные и чрезмерные тошнота и рвота, гиперсаливация. Ранний гестоз беременных наиболее часто возникает в период с 4 по 9 недели гестации, но может продолжаться и до 16-20 недель. [1]. Около 70-85% беременных в разной степени беспокоят тошнота и рвота. [2]. На настоящий момент нет чёткого представления о патогенезе, факторах риска ранних гестозов беременных. Клинические проявления включают: дегидратацию, метаболический ацидоз, потерю массы тела, алкалоз, вследствие